

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i Sykepleie

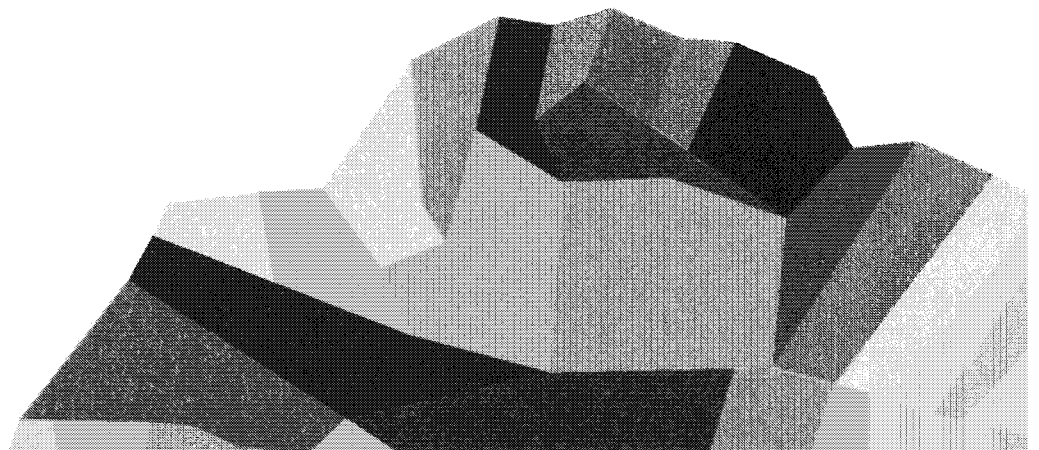
Emnekode: SYN 180 H Dato: 25.10.2013

Kandidatnr.: 54 og 71

Totalt antall sider: 41

Sykepleie og samhandling til kronisk syke

[Paulsen, Marlene Elisabeth
Wilhelmsen, Michael]



Innholdsfortegnelse

Forside.....	0
Innholdsfortegnelse	i
1.0 Innledning.....	1
1.1 Oppgavens tema og problemformulering.....	1
1.2 Forforståelse og faglig ståsted	1
1.3 Oppgavens mål og hensikt.....	2
1.4 Oppgavens avgrensning og presisering	2
1.5 Oppgavens disposisjon	2
2.0 Metode.....	3
2.1 Valg av metode.....	3
2.2 Litteratursøk	3
2.3 Analyse av kvalitativt intervju	4
2.4 Metode og kildekritikk	5
2.5 Etske overveielser	6
3.0 Teori	6
3.1 Kronisk sykdom og lidelse.....	6
3.2 Pasientrolle og pasientforløp.....	8
3.3 Sykepleieteori.....	9
3.4 Sykepleiens kontekst	11
3.5 Samhandlingsreformen.....	13
3.6 Vitenskapelige forskningsstudier	16
4.0 Drøfting	18
4.1 Samhandling.....	18
4.2 Kunnskap og Kompetanse.....	22
4.3 Pasientforløpet.....	27
5.0 Avslutning	29
Litteraturliste	31
Vedlegg	33

*Vi må utvikle en helsetjeneste som ikke bare
i klinisk tilnærming, men også i
organisatorisk innramming har det enkelte
menneske i sentrum.*

Per Fugelli 2000

1.0 Innledning

Med Per Fugellis ord i mente, vil vi med denne oppgaven sette pasienten i fokus, gjennom sykepleiefagets sammensatte perspektiv, i form av en organisatorisk tilnærming.

Antall ord: 9510

1.1 Oppgavens tema og problemformulering

Tema for vår Bacheloroppgave dreier seg om sykepleie til kronisk syke, med utgangspunkt i samhandlingsreformens strategi. Dette omhandler sykepleierens rolle og den kroniske sykes rolle, i sammenheng med samhandlingsreformens verdigrunnlag og krav. Oppgaven belyser og drøfter påvirkende faktorer, konsekvenser, virkemidler og sentrale begrep. Problemstillingen er som følger:

Hvordan kan sykepleieren anvende samhandlingsreformens sentrale verdier og krav i sin yrkesutøvelse og relasjon til kronisk syke pasienter?

1.2 Forforståelse og faglig ståsted

I forkant av vårt arbeid med Bacheloroppgaven var det viktig for oss å tenke på hva vi ønsket å lære mer om, og hvordan våre personlige erfaringer innenfor sykepleiestudiet hadde fremmet vår nysgjerrighet i forhold til den moderne helse- og omsorgstjenesten.

Vårt valg av tema bygger derfor på våre allmennmenneskelige erfaringer, men også erfaringer som vi har gjort oss i sykepleierutdanningen. Vi har inntrykk av at begrepet *Samhandling* har vært gjennomgående i sykepleierstudiet. Vi har også fått oppleve den praktiske innføringen av samhandlingsreformen mens vi var i praksis, og gjennom våre deltidsjobber på sykehjem og sykehus. Som pårørende til nære familiemedlemmer med kronisk sykdom, har vi også et perspektiv som forteller oss noe om opplevelsen av det å være kronisk syk, med alle aspekter som dette innebærer.

Mennesket har et grunnleggende behov for helhetlig omsorg når de står i sårbare situasjoner. Samhandlingsreformen peker på kronisk sykes behov for samhandling som en av framtidens største utfordringer i den norske helsetjenesten. Dette samsvarer med vår oppfatning om at samhandling er en viktig del av helhetlig sykepleie til kronisk syke. Som en følge av dette,

stilles det et økt krav til helsepersonell som skal utøve en profesjonell rolle. Vårt faglige ståsted innebærer derfor et fokus på sykepleiens grunnleggende verdier, krav og tradisjon.

1.3 Oppgavens mål og hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å utforske hvordan sykepleierollen kan anvendes i samsvar med nasjonal strategi og verdigrunnlag innenfor helsetjenestetilbudet. Vi må derfor undersøke hvordan samhandlingsreformens praktiske endringsprosess kan påvirke sykepleieutøvelsen. Vårt personlige formål som studenter er å lære mer om sykepleierens rolle i form av muligheter og utfordringer i møte med samhandlingsreformen. Dette kan for leseren og oss gi et mangfoldig bilde og en reflektert holdning overfor samhandlingsreformens hovedformål, og ivaretagelsen av det kronisk syke mennesket.

1.4 Oppgavens avgrensning og presisering

Avgrensinger i oppgaven innebærer en utelukkning av en del tema og tiltak i samhandlingsreformen som ikke har relevans for oppgavens problemstilling. For eksempel velger vi å utelate informasjon om blant annet samfunnskulturelle perspektiver, fastlege- og legevaktsordningen, lærings- og mestringstilbud og styrking av forebyggende folkehelsearbeid. Vi velger å fokusere på reformens utpekte utfordringer og hovedgrep i sammenheng med det sykepleiefaglige perspektiv, klarere pasientrolle og forløp, kompetent helsepersonell og pasienter med kronisk sykdom.

Samhandlingsreformen angir kroniske syke pasientgrupper som et av hovedfokusene i samhandlingsstrategien. Vår oppfatning er at reformen berører eldre pasienter. Eldre pasienter har ofte en kronisk lidelse med multimorbide tilstander. Deres tilværelse er i en skiftende og uforutsigbar livsfase mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

Pasientene har behov og ikke minst krav på helhetlig helsehjelp hos både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Derfor ønsker vi å se nærmere på kommunehelsetjenestens tilrettelegging av samhandling og sykepleie til denne pasientgruppen.

1.5 Oppgavens disposisjon

Vi har innledningsvis presentert valg og begrunnelse av tema, presisering av problemstillingen og hovedhensikten med oppgaven. Videre vil det følge et metodeavsnitt som redegjør for

fremgangsmåten vår. Deretter presenterer vi faktaorientert teori med utgangspunkt i pasientperspektivet, sykepleierens rolle med sykepleieteori som basisgrunnlag, samhandlingsreformens strategi og organisering, og presentasjon av vitenskapelig studier.

Diskusjonsdelen vil drøfte resultater fra et kvalitativt intervju, vitenskapelige studier og vårt teoretiske grunnlag. Konklusjon og refleksjon på slutten av oppgaven vil ta for seg vår lærdom av oppgavens arbeid, og et nyansert svar på problemstillingen.

2.0 Metode

2.1 Valg av metode

Ifølge Olav Dalland (2008), kan metode betraktes som en fremgangsmåte, et virkemiddel man bruker for å fremme ny kunnskap. I denne oppgaven vil vi presentere et kvalitativt intervju, som betyr å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2008). Metoden har en sosiologisk tilnærming, som går ut på å studere forholdet mellom individ og samfunn, og hvordan de handler og påvirker hverandre (Brodtkorb, Rugkåsa et al. 2009). Med utgangspunkt i dette vil vi underbygge resultatet av intervjuet med teori som gir en forankring og nyansert forståelse av sykepleieperspektivet.

Teorien er pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, sammen med vitenskapelige studier som vi mener har god kvalitet i forhold til forfattere, utgivere og historikk. Det er imidlertid lagt stor vekt på sekundærlitteratur fremfor primærlitteratur, fordi vi fant det vanskelig å finne frem til primærlitteratur som omhandler et nymoderne samhandlingsperspektiv. Metodebruken vår kan sees i sammenheng med den hermeneutiske fortolkning av kunnskap, som innebærer blant annet en utdypende forståelse av menneskets handlinger, livsytringer og språk. Undersøkelsen vil bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan mennesker handler og samhandler med hverandre (Dalland 2008).

2.2 Litteratursøk

For å finne aktuell vitenskapelig forskning benyttet vi PICO som verktøy. PICO går ut på å presisere problemstillingen ved å dele den inn i fire kategorier: pasient/problem/population, intervention (tiltak), comparison (for å sammenligne flere tiltak), og outcome (resultat). Man kan velge bort comparison dersom man ikke ønsker å sammenligne to konkrete tiltak (Kunnskapsbasertpraksis.no). Vi gikk systematisk i gang og delte problemstillingen inn på følgende måte:

- P: kronisk syke, norsk, skandinavisk, europeisk
- I: samhandling, kommunikasjon, dokumentasjon, organisering, sykepleie
- O: reinnleggelser, helseeffekt, helsekostnader, livskvalitet, pasientopplevelse

Vi benyttet disse søkeordene på SveMed+ (svemedplus.kib.ki.se) for å finne andre søkeord. Ved å gå inn på en aktuell artikkel får man opp en liste over MeSH (Medical Subject Headings). MeSH er medisinske søkeord som brukes for å beskrive hva en forskningsartikkel inneholder. De er kategorisert i en nettbasert ordbok som kontrolleres og oppdateres av United States National Library of Medicine. Kvaliteten på disse søkeordene holder ofte høy standard, noe som gjør det lettere å finne god forskning i mange forskjellige forskningsdatabaser (National Library of Medicine).

Etter å ha raffinert listen ble vi sittende igjen med følgende søkeord:

- P: *Chronic Pain/*DT, Rheumatology/*ED, Chronic Disease*
- I: *Patient Transition, Samhandling, Interdisciplinary Communication, *Interprofessional Relations, Interprofessional collaboration, Team, Needs Assessment, Communication, *Patient Participation*
- O: *Attitude of Health Personnel, Cooperative Behavior, Hospital Length of Stay, Readmission Rates, Patient Satisfaction*

Vi har benyttet søkeordene hver for seg, og i forskjellige kombinasjoner. Vi har begrenset søket til artikler som er fra tidligst 2008. Søkemotorene vi har brukt for å finne forskning er SveMed+, PubMed, The Cochrane Collaboration, Helsebiblioteket.no og Kunnskapssenteret.no. Vi har valgt å inkludere tre artikler, hvorav to er oversiktsartikler og en er et enkeltstudium.

2.3 Analyse av kvalitativt intervju

Å analysere et intervju er en metode som skal dele opp og bearbeide resultatet for å klargjøre de enkelte sidene som intervjupersonen har sagt. Tolkning henger nært sammen med analysen og vil forklare innholdet av resultatet (Dalland 2008).

Vår begrunnelse for å gjennomføre et kvalitativt intervju, dreier seg om å finne frem til ulike forståelser og holdninger rundt samhandlingsreformens praktiske gjennomføring. Siden samhandlingsreformen er ganske ny, valgte vi en sykepleier med god erfaringskunnskap innenfor sykepleie til eldre og kroniske syke. Sykepleieren jobber ved en korttidsavdeling på et sykehjem, som ble opprettet som en følge av samhandlingsreformen. Vi ønsket også et ustrukturert intervju i form av en mer uformell samtale, slik at hovedpoengene kommer tydeligere fram. Det ble derfor utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg) som ble brukt som en retningslinje for oss. Sykepleierens meninger og tanker ble innhentet ved hjelp av taleopptak, med transkribering og bearbeiding av funn i etterkant av samtalen. Resultatet av analysen og fortolkningen av intervjuet gav oss noen hovedmomenter som vil drøftes. Måten vi kom fram til hovedmomentene på ble gjort med tanke på Samhandlingsreformens hovedstrategier, som videre viste seg i utfordringer og konsekvenser som sykepleieren uttrykte i samtalen:

Samhandling

Kunnskap og kompetanse

Pasientforløp

2.4 Metode og kildekritikk

Gjennomføringen av Bacheloroppgaven innebærer at vi tar for oss både litteraturstudium og kvalitativt intervju for å sammenfatte et nyansert bilde. Dette kan bety at den informasjonen vi innhenter kan være mer subjektivt rettet mot våre synspunkter, fremfor hva et objektivt blikk vil få frem. Å utføre ett intervju med en sykepleier vil også gi en ganske ensartet og subjektivt meningsinnhold, og vil ikke nødvendigvis være representativt for hele yrkesgruppen.

Det å innhente helhetlig informasjon krever også mye arbeid og erfaring fra intervjuerens side. Da vi som studenter kun har hatt ett lignende prosjekt tidligere, men dog i et mindre format, kan resultatet også være påvirket av at vi har lite erfaring med fortolkning av informasjonen. Hvorvidt forskningsartiklene og øvrig litteratur har en relevans overfor problemstillingen, har vi vurdert med bakgrunn i tematikken som fremkom i intervjuet. Vi vurderer kvaliteten på teorien som kvalitetssikret, men utelukker ikke at andre ville ha funnet fram til annen litteratur, og at dette ville gi et annet perspektiv.

2.5 Etiske overveielser

En etisk overveelse av arbeidet, innebærer en gjennomtenkning av hvem og hvorfor noen skal kunne nyttiggjøre seg den fremkomne informasjonen. Dette betyr blant annet at vårt mål om å fremme ny kunnskap og innsikt, ikke må foregå på bekostning av personers integritet og velferd. Vi jobber derfor med å bevare personvernet gjennom anonymitet og taushetsplikt. I forbindelse med intervjuet, ble et formelt godkjenningsskjema for tillatelse av innhenting av data utfylt, der man også presiserer at intervjupersonen skal være anonym i oppgaven, og at all datasamling vil makuleres i etterkant av arbeidet (Dalland 2008).

3.0 Teori

3.1 Kronisk sykdom og lidelse

Antall nordmenn som lever med kronisk sykdom er i stadig økning. Høy levealder og livsstilssykdommer er noen av årsakene. Medisinske fremskritt har ført til bedre diagnostikk og behandling, noe som resulterer i at man kan leve lengre med sykdom i dag enn det som var mulig før i tiden. Sykdomsbildet er derfor blitt mer sammensatt, og man opplever i større grad at personer har flere diagnoser (Gjengedal og Hanestad 2007). Fenomenet er også presentert som en av tre hovedutfordringer i Samhandlingsreformen, under overskriften «*Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne*» (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009:13).

Begrepet kronisk sykdom kan defineres og forklares på ulike måter. For eksempel gjengir Gjengedal og Hanestad, en utfyllende definisjon av Curtin og Lubkin (1998):

«Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt» (Gjengedal og Hanestad 2007:13).

Definisjonen er godt forklarende, men den er ikke uten ankepunkt. Det er både positive og negative sider med å bruke begrepet *svakhet*. Begrepet er inkluderende og åpent for tolkning fordi det ikke setter krav til spesifikke diagnoser. På den andre siden brukes *kronisk sykdom* ofte i negativ sammenheng, og kan derfor oppleves som stigmatiserende. Som Gjengedal og

Hanestad (2007) skriver, kreves det styrke – ikke svakhet – for å leve med kronisk sykdom. Definisjonen slår fast at tilstanden må være irreversibel, konstant, tiltakende, eller latent, for å være kronisk. Den har også fokus på egenomsorg, opprettholdelse av funksjon samt forebyggende arbeid, fremfor fokus på funksjonstap.

Kronisk sykdom er et vidt begrep, og favner mange forskjellige lidelser som kan ramme både somatisk og mentalt. Kjente diagnoser innenfor kroniske sykdomsgrupper kan for eksempel være KOLS, Diabetes, demens, kreft, Hjerte- karsykdom, muskel og skjelettlidelser, schizofreni og bipolar lidelse (*Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009*)

Den kroniske lidende vil oppleve symptomforløp som avhenger av hvilken sykdom som er tilstede. Alvorlighetsgraden av symptomene og progresjon av sykdommen er også variabel. Sentrale symptomer som er felles for en rekke ulike kroniske sykdommer, er blant annet *funksjonstap* og *smertes*. Dette er tilstander som vanligvis vil kreve et behov for behandlingstilbud og hjelpemidler i hverdagen (Fjerstad 2010).

Forsterkede symptomer vil påvirke alle aspekter i pasientens liv. Den syke kan miste evnen til å utføre daglige gjøremål, og påvirker dermed arbeidssituasjonen og det sosiale liv. Tap av selvstendighet kan være med på å gi pasienten dårlig selvfølelse, og hverdagen kan bli preget av stress, usikkerhet, og lite kontinuitet. Det er ikke uvanlig å oppleve søvnløshet og økende grad av isolasjon. Tap av funksjon kan også gå på bekostning av de ulike rollefunksjonene et menneske har. Kronisk sykdom vil sjelden påvirke bare den syke, men vil også få direkte eller indirekte konsekvenser for familie, venner, kolleger og det generelle samfunn. (Gjengedal og Hanestad 2007).

Stress betyr psykisk eller legemlig overbelastning som innebærer problemer med å opprettholde normalitet, tilpasse seg en ny hverdag som følge av funksjonstap, opprettholde sosiale relasjoner, bearbeide rolleendringer, forholde seg til stigmatisering eller følge foreskrevet behandling. Enkelte kroniske sykdommer kan delvis reverseres, eller holdes i sjakk enten ved kirurgiske inngrep eller medisinsk behandling. Men for de som må leve med symptomene er det vesentlig å lære seg å mestre, og å leve med sykdommen for å oppleve god livskvalitet (Gjengedal og Hanestad 2007).

Et helhetlig helseperspektiv må forstås ut fra sykdommens byrde, individets styrke og klokskap, samtidig med samfunnets tilrettelegging og stimulering for å ha et godt liv med sykdommen

(Kristoffersen 2006). Livskvalitet betyr ifølge Gjengedal og Hanestad (2007) en oppfatning av sin posisjon i livet innenfor et gitt verdisystem og kultur, i forhold til sine egne mål og forventninger.

Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasientene til å mestre en hverdag med kronisk sykdom?

«Opplæring i å mestre stress, skade og sykdom er en av hovedstrategiene for å øke helsen hos befolkningen generelt både nasjonalt og internasjonalt» (Gjengedal og Hanestad 2007:40)

Brukermedvirkning er en vesentlig del av strategien for mestring. Ved å involvere pasienten ønsker man å stimulere til læring, utvikling og mestring. Det er særdeles viktig at pasientens egen opplevelse av sykdommen blir vektlagt underveis.

Empowerment er prosessen der mennesket oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. En mestringsstrategi vil ofte være ressursorientert fremfor problemorientert, selv om man selvsagt må legge til rette for problemer og behov der det tilsies. Hvordan man mestrer nye, alvorlige situasjoner er svært individuelt. Det oppleves som svært tøft for de fleste, og underveis er det viktig med støtte og oppmuntring (Gjengedal og Hanestad 2007).

3.2 Pasientrolle og pasientforløp

I fremtidens helse- og omsorgstjeneste vil pasienter og brukere få en tydeligere rolle. Det skal blant annet fokuseres på mer kunnskap om gjennomføring og effekt av brukermedvirkning. Pasientens rett til og behov for tilrettelagte tjenester skal synliggjøres når utredning og behandlingsbeslutninger tas. Ifølge Helse- og omsorgsplan (2011) kan blant annet gode informasjonstjenester bidra til at pasienter og brukere treffer valg som fremmer helse og mestring, samtidig som det øker muligheten for egenomsorg (Helse- og Omsorgsdepartementet 2011).

Tradisjonelt sett har helsepersonell stått for utformingen og utførelsen av medisinsk behandling, mens pasienten har vært mottaker. Disse rollene er i endring, og pasientens rett til selvbestemmelse er nå lovfestet og nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (Tveiten 2008).

Pasient- og brukerrettighetsloven konstaterer at pasienter har rett til medvirkning når det kommer til egne helse- og omsorgstjenester. Det innebærer at pasienten, så langt det lar seg

gjøre, skal samarbeide med helsepersonell i utforming av eget behandlingstilbud. Loven slår også fast at pasienten har rett på informasjon som er relevant i forhold til sin sykdom og eventuell behandling. Kun når pasienten har fått tilstrekkelig med informasjon vil han være i stand til å ta en gjennomtenkt beslutning (Pasient- og brukerrettighetsloven 2001)

Klarere pasientrolle er et av hovedgrepene i Samhandlingsreformen. Brukermedvirkning, empowerment og autonomi er en viktig del av dette. Samtidig fokuseres det på et helhetlig pasientforløp (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009):

«Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov»
(Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009:15)

Det er flere fordeler i et helhetlig pasientforløp. Gode muligheter for brukermedvirkning kan for eksempel føre til økt mestringfølelse hos pasienten. Helhetlig forløp kan gi økt trygghet og forutsigbarhet. (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

3.3 Sykepleieteori

Joyce Travelbee (1926-1973), født i New Orleans, USA, var utdannet psykiatrisk sykepleier. Hennes teoretiske sykepleieperspektiv beskriver de mellommenneskelige aspektene rundt sykepleierens virksomhet, og kjennetegnet ved sykepleierens samhandling med den syke (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

Travelbee belyser blant annet begrepene: sykdom, lidelse, mening og mestring, (Travelbee 2001); begreper som er sentrale når man skal beskrive det å leve med kronisk sykdom.

Travelbee presenterer teorien sin i boken *Interpersonal Aspects of Nursing*. Den ble utgitt i 1966, med oppdatert utgave gitt ut i 1971, og oversatt til norsk i 1999 (Travelbee 2001). Teorien har hatt og har fortsatt stor innflytelse i den norske sykepleierutdanningen. Den har også satt sitt preg på moderne omsorgsteorier som har fokus på pasientens autonomi (Kirkevold 1998).

Menneskesyn

Et av de grunnleggende elementene i Travelbees sykepleieteori er hennes menneskesyn. Hun mener at hvert eneste menneske er et unikt individ som er enestående og uerstattelig, og som tross likheter, skiller seg ut fra alle andre. Travelbee definerer sykdom som «*en usunn tilstand i kropp eller sinn*» (Travelbee 2001:84). Hun nevner det klassiske sykdomsbegrepet som innebærer å stille en diagnose ut fra kliniske tester eller symptomer.

Mennesket tar del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer og behov, der opplevelsen av *lidelse* og *tap* skiller seg ut som en uunngåelig følge av menneskets eksistens. Selv om lidelse og tap er fellesmenneskelige erfaringer, vil enkeltindividets opplevelse av det være høyst personlig. Lidelse vil kunne få konsekvenser også for familie, venner, og samfunnet for øvrig, og deres reaksjoner vil gjensidig påvirke menneskets opplevelse. Reaksjonen på lidelse kan komme i form av blant annet selvmedlidenhet, aksept eller depresjon (Travelbee 2001). I møtet med lidelse, sykdom og smerte vil mennesket imidlertid alltid ha en evne til å søke etter mening i tilværelsen (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

Mennesket er i konstant vekst, endring og utvikling. Det formes av erfaringer, arv, miljø og kultur. Mennesker er sosiale vesener, som danner relasjoner med andre. Akkurat som man kan påvirke andre mennesker gjennom egen væremåte, kan man bli påvirket av andre. Relasjonene kan være positive eller negative i den form at man for eksempel kan like eller mislike, elske eller hate en person (Travelbee 2001).

Sykepleie

Travelbees sykepleiedefinisjon er anerkjent og bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, der utøvelsen av sykepleie består i å hjelpe den rammede til å finne mening, gjennom et menneske – til – menneske forhold (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005)

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee 2001:29).

Sykepleie bygger på møtet mellom to eller flere mennesker. Det handler om erfaringer som sykepleieren og pasienten deler seg i mellom, og endringene disse erfaringene bidrar til.

Sykepleieren skal benytte sine fagkunnskaper for å løse pasientens sykepleiebehov, samtidig som hun bruker seg selv på en terapeutisk måte. Som den profesjonelle aktøren skal sykepleieren gå inn for å etablere og opprettholde menneske-til-menneske forholdet med sine pasienter (Travelbee 2001).

Ved å ta utgangspunkt i at mennesker er mer forskjellige enn de er like, kan det bli lettere å møte en pasient med et åpent sinn. Sykepleieren bør unngå å bedømme pasientens situasjon og reaksjoner basert på egne meninger og verdier. Hvordan sykepleieren oppfatter en pasient kan være en avgjørende faktor for sykepleien som blir utøvd (Travelbee 2001).

3.4 Sykepleiens kontekst

Sykepleiens fokus, innhold og funksjoner

Sykepleie er både et vitenskapelig fag og en yrkesgruppe med et mandat av samfunnet for å ivareta pleie av syke og lidende mennesker. Det er et av de eldste og viktigste yrker i samfunnet, og utøves under mellommenneskelige forhold. Sykepleie kan sees på som et funksjonsorientert fag med *fokus*, *innhold* og *funksjon* som hovedkomponenter (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

Sykepleiens *fokus* beskrives som de ulike livsområdene som sykepleien ivaretar. For eksempel vektlegger Joyce Travelbee *samhandlingen* mellom pasient og sykepleier som et fokusområde, der blant annet omsorg er et mål i seg selv.

Funksjons- og ansvarsområdet til sykepleieren har flere ulike delfunksjoner, men i praksis er selve sykepleiefunksjonen en integrert helhet. Sykepleiens *funksjoner* kan tematiseres opp i: helsefremmende og forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende, undervisende, administrativ, og fagutviklende funksjon (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

Det er tid, sted, situasjon og hensikten til sykepleie som avgjør de mest fremtredende funksjonene i sykepleien. På den måten vil praksisfeltene og de ulike delfunksjonene dominere sykepleierens arbeid, avhengig av hvilke målgrupper hun jobber med. En konkret type sykepleiehandling kan også utøves overfor ulike pasienter med ulike hensikter (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

Verdigrunnlag og etiske kodeks

Sykepleiefagets verdier og kunnskap kan beskrives som selve *innholdet* i sykepleien. Sykepleiens verdigrunnlag er blant annet nedfelt i ICNs (International Council of Nurses) etiske regler for sykepleiere, og videre ført gjennom Norsk Sykepleierforbunds Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Her beskrives sykepleiens grunnlag som respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, som skal bygge på barmhjertighet, omsorg, og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund 2011).

Etiske og moralske handlinger i sykepleien innebærer å handle i samsvar med normer om av hva som er riktig og galt. Etiske retningslinjer er et kvalitetskrav som en del av profesjonens rolle, og fordrer selvstendige, bevisste og reflekterte handlinger i konkrete situasjoner. Etiske handlinger er i stor grad bygd på vurderinger basert på individuell tilpasning og faglig skjønn i de enkelte situasjoner. Yrkesetiske standarder er derfor en integrert del hos sykepleieren og henger nært sammen med sykepleieomsorgen (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

Kunnskap og kompetanse

Sykepleien inneholder blant annet en kunnskap som består av teoretisk kunnskap, ferdigheter og verdier (holdninger). Sykepleiekunnskap baserer seg på teoretisk forankring, men er også *en verdibasert tjeneste, der sykepleiefagets forankring i omsorgsverdier og et humanistisk menneskesyn, gjenspeiles i yrkesutøvelsen* (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005:222)

Innholdet i kunnskapsbegrepet er nært knyttet til kompetanse, som innebærer menneskets skikkethet, evne eller kvalifikasjoner overfor en gitt utøvelse, stilling eller det å treffe en beslutning (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

Betingelsene for sykepleiekompetanse er også rettslig bundet gjennom Helsepersonelloven. Den stiller blant annet et krav til helsepersonell om forsvarlig utøvelse, noe som innebærer den enkelte sykepleiers ansvar for å vurdere sin kompetanse ut fra arbeidsoppgavene (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

Kompetanse blir ofte relatert til enkeltpersoners kunnskaper og ferdigheter. Samtidig som kompetanse kan være individuelt rettet, kan det også sees på som noe kollektivt og noe som fagpersoner har sammen. På den måten kan man si at sykepleierkompetanse ligger forankret i et arbeidsfelleskap som forutsetter samarbeid (Orvik 2004).

Sykepleiens samhandlingsperspektiv

Forventninger og krav til sykepleieutøvelsen er fattet av det generelle samfunn, noe som videre er nedfelt i lovverk og forskrifter. Sykepleiens lovverk og allmenne rettsregler definerer rammene rundt sykepleiens virksomhet (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005)

Ifølge Helsepersonelloven er begrepet *samhandling* satt sammen med yrkesrollens krav til faglig forsvarlighet. Helsepersonell har en plikt til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og videre innhente bistand gjennom samarbeid og samhandling hos andre kvalifisert personell, hvis situasjonen tilsier det (Helsepersonelloven 1999).

Samhandling innebærer en norm om handling fra koordinerte enkeltpersoner og en gjensidig tilpasning mellom egne og kollegers arbeidsoppgaver. For å oppnå dette må relasjonen mellom de involverte være basert på tillit, gjensidighet og likeverd. Verdien av et nært samarbeid er felles og gjelder gjennom alle faser av et pasientforløp, både ved overflytting mellom ulike tjenester og i flerfaglige og tverrfaglige sammenhenger (Orvik 2004).

En sykepleier - pasientrelasjon kan beskrives som et mellommenneskelig forhold, som ofte er basert på samhandling. Det er sykepleiens verdigrunnlag som danner grunnlaget for etablering av en relasjon. Å være i relasjon innebærer at man blir påvirket i måten å tolke og forstå andre mennesker på, gjennom den andres situasjon (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

Gode profesjonelle relasjoner mellom hjelper og den syke, er ofte knyttet til begrepet empowerment. Målet til sykepleieren er å fremme pasientens evne til å utøve myndighet over sitt eget liv, på eget initiativ. Brukermedvirkning er derfor en vesentlig del av en relasjon som er basert på empowerment (Kristoffersen 2006).

3.5 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen, "Retten til behandling - på rett sted - til rett tid" er en stortingsmelding (nr.47 2008-2009) som ble presentert av Helse- og omsorgsdepartementet, og godkjent i statsråd den 19.juni 2009. Reformen er en del av Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale satsing for et økt kvalitets- og utviklingsarbeid innenfor helse- og omsorgstjenesten i Norge, og handler om det fremtidige forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Reformen trådte i kraft fra og med 01. januar 2012. (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009, Mæland 2010)

Verdigrunnlag

Et av de mest sentrale målene til samhandlingsreformen er at helse- og omsorgstjenesten skal forbedre sin evne til koordinerte tjenester for pasienten. Dette medfører et betydelig arbeid for å oppnå et helhetlig pasientforløp. Det verdimeslige utgangspunktet for samhandlingsreformen er å forsterke pasientens brukermedvirkning og empowerment i størst mulig grad. Dette er pasientens grunnleggende integritet og behov, og bør være utgangspunktet for helse- og omsorgstjenestens eksistens. Ett av det viktigste kriterium for å oppnå en slik målsetning er **samhandling** på alle nivåer, både på systemnivå, men også gjennom mellommenneskelige forhold (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

Samhandlingsreformen definerer begrepet *samhandling* som:

et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009:13).

Ifølge Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2011) er målet for den nasjonale helsetjenesten flest mulig gode leveår for alle, og reduserte forskjeller i sosiale helseforskjeller i befolkningen. Ved hjelp av samhandlingsreformen ønsker myndighetene å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud som innehar god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og som er individuelt tilpasset den enkelte pasient. Brukere og pårørende skal videre møtes med respekt og omsorg og ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet (Helse- og Omsorgsdepartementet 2011).

Det norske samfunnet er bygd på at det offentlige skal ta ansvar for et godt og likeverdig helse- og omsorgstjenestetilbud. Denne målsettingen forutsetter helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet og standard. I internasjonale sammenligninger ligger det norske samfunnet blant de fremste i verden når det gjelder slike tjenester. Det vil imidlertid alltid være forbedringsmuligheter, som også ligger under tre utpekte samhandlingsutfordringer (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009):

1. *Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.*
2. *Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom*
3. *Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.*

Myndighetene ønsker å svare på de tre utpekte hovedutfordringene, samtidig som at lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester skal være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen. Reformen legger frem fem ulike hovedgrep som forslag om hvordan samhandling kan integreres i den videre utviklingen av helse- og omsorgssektoren. Disse hovedgrepene skal bidra til en realisering av målsetningene i samhandlingsreformen. De kan imidlertid ikke sees uavhengig av hverandre, fordi de sammen utgjør en integrert helhet i den norske helse- og omsorgstjenesten. (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009):

1. *Klarere pasientrolle*
2. *Ny framtidig kommunerolle*
3. *Etablering av økonomiske insentiver*
4. *Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse*
5. *Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer*

Samhandlingsproblemenes omfang

Samhandlingsutfordringen i den framtidige norske helse- og omsorgstjenesten er et kjent fenomen. Det har derfor vært et fortløpende utviklingsarbeid fra myndighetenes side om å møte denne utfordringen på best mulig måte.

Blant annet kan man vise til rapporten NOU 2005: 03, Fra Stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste (Wisløff-utvalget). Dette utviklingstiltaket gir en grundig utredning av samhandlingsutfordringen. Wisløff-utvalget har gitt grunnlaget for det videre utviklingsarbeidet med grundigere og dyptgripende endringer i oppgave og ansvarsdelingen mellom helsetjenestene. Utredningen har også vært viktig for aktørenes erkjennelse av samhandlingsutfordringen, men også et videre arbeid for bedre og mer bruk av blant annet Individuell Plan (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

Samhandlingsreformen viser blant annet til at eldre oftere har et sammensatt lidelsesperspektiv, der sykdommene og den medisinske behandlingen virker gjensidig på hverandre.

En stor del av pasientene i den norske helse- og omsorgstjenesten har en eller flere kroniske sykdommer, som over tid vil få et økt behov for tjenester både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. *Pasienter med kronisk sykdom, eller som kan ha langvarige forløp, utgjør om lag 38% av alle sykehusopphold* (Omsorgsdepartementet 2008-2009:41). Dette

krever behandling og oppfølging som er i samsvar med rettighets- og prioriteringsbestemmelser som ikke risikerer et uheldig stort fokus på at tjenestens mål kun er å gjøre frisk (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

Virkemidler

Samhandlingsreformen presenterer et bredt sett av virkemidler for å nå de nevnte formål. Hovedmomentene viser seg i:

- **Rettslige virkemidler** – innebærer nye lover, som *folkehelseloven*, og *helse- og omsorgstjenesteloven*. Folkehelseloven skal regulere det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet på alle forvaltningsnivåer. Helse- og omsorgstjenesteloven skal sikre samhandling innenfor kommunene, og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse og omsorgstjenesten.
- **Økonomiske virkemidler** – staten innfører en avgrenset kommunal medfinansiering for somatiske behandlinger i spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at de får ansvar for finansiering av utskrivingsklare pasienter. De skal sørge for å ha et tilbud om døgnopphold for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, og tilsyn fra helse og omsorgstjenesten, der kommunen selv har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg.
- **Faglige virkemidler** – vil øke innsatsen innenfor blant annet kompetanse. Tiltak som veiledere, retningslinjer, prosedyrer og nasjonale kvalitetsindikatorer kan være velfungerende virkemidler. Samhandlingsreformen fordrer også nye kompetansekrav. Utdanning og opplæring av helsepersonell skal medvirke til dette ved hjelp av kommunenes tilrettelegging.
- **Organisatoriske virkemidler** – utvikles både lokalt og nasjonalt. Dette er hensiktsmessige samhandlingsarenaer som for eksempel lokalmedisinske sentre som er utformet ut fra lokale behov, med dag - og døgntilbud (Helse- og Omsorgsdepartementet 2011)

3.6 Vitenskapelige forskningsstudier

Discharge planning from hospital to home (Review)

En systematisk oversikt utført av anerkjente The Cochrane Collaboration. Studiet tar sikte på å få oversikt over virkningene man oppnår av ved å utføre individuell planlegging for utskrivelse av sykehuspasienter. Resultatene viser at planlegging av utskrivelse på individnivå kan være

med på å redusere lengden på sykehusoppholdet, og at det kan bli mindre reinnleggelser blant geriatriske pasienter. Enkelte av de inkluderte studiene viste også at pasienten opplevde den individuelle planleggingen som positiv (Shepperd, Lannin et al. 2013).

Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter?

Samtidig som samhandlingsreformen trådte i kraft, ble forskriften om kommunal medfinansiering og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter iverksatt. Det innebærer at kommunene må betale for pasienter som er utskrivningsklare. Hensikten med studiet er å undersøke virkningene dette har hatt på kommunene. Resultatene er blant annet: Forskriften har vært effektiv, da utskrivningsklare pasienter må vente kortere på kommunalt tilbud enn tidligere. Flere kommuner opplever at pasienter kommer tidligere enn før, og det er blitt flere. Mange kommuner har omgjort sykehjemsplasser for å ta imot utskrivningsklare pasienter, og flere har opprettet en koordinerende enhet. Resultatet viser også til en økt mengde administrativt arbeid blant helsepersonell (Grimsmo 2013).

Utskrivning av pasienter med kronisk sykdom: effekt av ulike former for samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste

En systematisk oversikt som er utført av Kunnskapssenteret. Kunnskapssenteret er et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, og ble dannet for å styrke kunnskapsgrunnet for faglige beslutninger i norsk helsetjeneste (Kunnskapssenteret.no). Bakgrunnen for oversikten var å danne seg et diskusjonsgrunnlag omkring forskjellige samhandlingstiltak.

Det ble identifisert 11304 potensielt relevante referanser, innhentet 504 artikler, og inkludert 45 studier presentert i 51 artikler. Det presenteres tre hovedfunn, hvorav det mest aktuelle for vår oppgave er:

- *Spesialopplærte koordinatorene med mer tid enn vanlig til å koordinere tjenester, tilrettelegge og følge opp geriatriske pasienter over telefon i stedet for vanlig utskrivningspraksis, vil muligens gi bedre livskvalitet, økt andel hjemmeboende etter en måned, større bruk av hjemmesykepleie, personlig pleie og høyere kostnader etter seks måneder (Holte, Lidal et al. 2013:2)*

Det påpekes at kvaliteten på dokumentasjonen som ble brukt ble sett på som lav eller svært lav, så det er ventet at videre forskning vil påvirke konklusjonene (Holte, Lidal et al. 2013).

4.0 Drøfting

I denne oppgavedelen vil vi vektlegge vår fortolkning av intervjuet ved å drøfte de utpekte hovedmomenter i lys av forskning og relevant litteratur.

Med utgangspunkt i problemstillingen: *Hvordan kan sykepleieren anvende Samhandlingsreformens sentrale verdier og krav i sin yrkesutøvelse og relasjon til kroniske syke*, og analysen og fortolkningen av intervjumaterialet, var det tre tema som trådte fram. Disse var:

- Samhandling
- Kunnskap og kompetanse
- Pasientforløpet

4.1 Samhandling

Samhandlingsreformen beskriver en *ny framtidig kommunerolle*. Kommunerollen skal endres slik at fokuset på forebygging og innsats i tidligere faser av sykdomsforløpet økes. Kommunehelsetjenesten skal blant annet sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at det helhetlige pasientforløpet holder seg innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Her kan enkelttiltak vise seg i for eksempel tverrfaglige team med særskilt fokus på kroniske sykdommer, behandling av pasienter før sykehusinnleggelse, observasjon for å avklare behov for innleggelse, etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold, før utskriving til eget hjem (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

I begynnelsen av intervjuet forklarer sykepleieren at sykehjemsavdelingen har gjennomgått store organisatoriske endringer. Avdelingen er gjort om til en korttidsavdeling som primært skal ta imot utskrivningsklare pasienter som trenger et rehabiliteringsopphold før hjemreise. I tillegg har de avlastningsplasser for pasienter med sammensatte diagnoser, som har et ekstra behov for oppfølging fra helsepersonell. Det er også innført ø-hjelpsplasser for pasienter med akutte forverringer av sine sykdommer. Dette innebærer utredning i løpet av 72 timer for å avgjøre behov for videre pleie eller behandling.

Disse tiltakene kan fortelle oss noe om kommunehelsetjenestens praktiske håndtering av samhandlingsreformen. Korttids plassene er beregnet for etterbehandling og rehabilitering etter endt sykehusopphold, og skal være med på å redusere lengden på sykehusopphold for

utskrivningsklare pasienter. Avlastning- og ø-hjelpsplasser gir også kommunen muligheten til forebygging samt tidlig intervensjon ved sykdomsendringer.

I forskningsartikkelen «*Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter*» kommer det frem at flere kommuner har valgt å løse utfordringen med utskrivningsklare pasienter ved å opprette egne avdelinger som skal stå klare til å ta imot dem. Dette er effektivt, da ferdigbehandlede pasienter må vente mindre på et kommunalt tilbud enn tidligere. Men det stilles spørsmål om hvorvidt dette er den beste løsningen. Det påpekes at man til en lavere kostnad kan oppnå høyere kvalitet, bedre rehabilitering og økt pasienttilfredsstillelse ved å organisere pleien rundt hjemmet fremfor en institusjon (Grimsmo 2013).

Sykepleieren føler at tilbudet om korttidsplass er godt. Hun sier at pasientene som har behov for rehabilitering får god behandling under oppholdet, mens pasientene som ikke har behov for rehabilitering blir raskere utskrevet. Hun føler derimot at pasientene som blir lagt inn på avlastnings- og ø-hjelpsplass har fått for dårlig oppfølging av hjemmetjeneste og/eller fastlege. Hun etterlyser tidlig utredning, forebygging og helsefremmende arbeid i og rundt hjemmet. Det gis et eksempel på en pasient som ble innlagt på ø-hjelpsplass med forverring av kognitiv svikt: «*en pasient med kjent kognitiv svikt over flere år, og så er det ikke satt en diagnose engang*».

På den ene siden virker det som at sykepleieren mener at mest mulig av behandlingen bør gjøres i hjemmet, men på den andre siden ser hun ikke noe problem i at store deler av rehabiliteringen blir utført på sykehjem. Det virker heller ikke som at hun ser på det som et problem at pasienter blir lagt inn på korttidsplass for å bli skrevet ut igjen dersom de ikke har et reelt rehabiliteringsbehov. Men som vi vil komme nærmere inn på kan inn- og utskrivning mellom flere forskjellige instanser føre til kommunikasjonsvansker, samt at pasientforløpet kan bli mer oppstykket.

Samhandling som bygger på samarbeid og kommunikasjon foregår på alle nivå. Kommunikasjon og samhandling er to begreper som ligger nært knyttet til hverandre i enhver sykepleiersituasjon. Ferdigheter i å samhandle med andre mennesker omfatter evne til å forstå andre og å gjøre seg selv forstått ved hjelp av god kommunikasjon (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

En av de utpekte samhandlingsutfordringer ligger blant annet i *pasientens behov for koordinerte tjenester*. Ut ifra erfaring og tilbakemeldinger, må pasient og pårørende ordne koordineringen mellom de ulike deltjenestene på egen hånd. På den måten påføres de unødige ekstrabelastninger i form av for eksempel økte ventetider og uforutsette komplikasjoner under pasientforløpet. Samhandlingsreformen slår fast at opprettelsen av et brukerkontor som en koordinerende enhet kan sikre et bedre tilrettelagt og helhetlig/koordinert pasientforløp (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

Samhandlingsreformens tanker om en koordinerende enhet er i samsvar med ett av funnene i *Utskrivning av pasienter med kronisk sykdom: effekt av ulike former for samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste*. Studiet presenterer et funn som tyder på at koordinatorene med opplæring og ekstra tid til å koordinere tjenester, tilrettelegge og følge opp geriatriske pasienter kan være med på å øke pasientens livskvalitet (Holte, Lidal et al. 2013).

Sykepleieren forteller at kommunen har et brukerkontor. Som en følge av samhandlingsreformen skal det fungere som en overordnet enhet for samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Det innebærer å ta imot informasjon om sykehusets pasienter, vurdere det kommunale pleiebehovet, og samkjøre dette med de kommunale instansene. Brukerkontoret har tradisjonelle åpningstider, derfor har sykehjemsavdelingen fått ansvar for å bemanne brukerkontorets telefon på kveldstid og i helger.

Kommunikasjonen med brukerkontoret beskrives som manglende. Når pasientene kommer fra sykehus skal brukerkontoret ha utarbeidet en rapport som inneholder nødvendige opplysninger om personlige egenskaper, sykdomstilstand og videre behov. Det er ikke alltid dette er klart før pasienten blir skrevet ut. Sykepleieren sier at: *«det er ofte mangelfull og lite utfyllende informasjon om pasienter som utskrives»*.

Kommunikasjonen mellom de kommunale instansene kan oppleves som uorganisert. Sykepleieren sier at sykehjemmet tar direkte kontakt med de forskjellige sektorene i hjemmetjenesten for å oppdatere dem på pasientenes status. De har kun kontakt med brukerkontoret når de får meldt utskrivningsklare pasienter, men ikke ellers i pasientforløpet. Det kan virke som brukerkontoret ikke utfyller sitt fulle potensial. De har muligheten til å følge

med på hele pasientforløpet. Det er de som først får informasjon om pasienten fra sykehuset, og som videreformidler dette til instansene i kommunehelsetjenesten.

Dersom brukerkontoret opprettholder dialogen med sykehjemmet mens pasienten er til rehabilitering, viser studier til at dette kan bidra til kontinuitet for pasienten og de pårørende (Holte, Lidal et al. 2013).

Brukerkontoret kan også sees for å være et praktisk og konkret tiltak for å sikre en hensiktsmessig oppgavefordeling og et forpliktende samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

Shepperd, Lannin et al. (2013) har gjort en systematisk oversikt som tar for seg individuelt tilpasset planlegging av utskrivelse fra sykehus til hjem. Resultatet av forskningen viser at det mest sannsynlig fører til mindre liggedøgn på sykehus, og at antall reinnleggelser blir redusert. Hva en planlagt utskrivelse har å si for pasientens langsiktige helsesituasjon er usikkert. Studiet viser imidlertid at pasientene som følger av den individuelle planleggingen føler seg mere tilfredse med behandlingen (Shepperd, Lannin et al. 2013)

Planleggelse av utskrivelse, også for de som skal rett fra sykehuset og hjem, kan altså ha positive effekter. Selv om flere pasienter nå blir forflyttet til sykehjem før de drar hjem, viser forskningen hvor viktig det er at brukerkontoret er på banen også for pasienter som ikke trenger rehabiliteringsopphold. Vi tenker da først og fremst på pasienter som har behov for behandling eller hjelp i hjemmet.

Sykepleierens kommunikasjon med hjemmetjenesten kan betraktes som et flerfaglig samarbeid, samordning, som belyser og håndterer en problemsituasjon med utgangspunkt i sitt faglige perspektiv. Koordinering og informasjonsutveksling foregår da gjennom felles dataverktøy og/eller over telefon. Hver av disse faggruppene har sine klart definerte arbeidsoppgaver, og det er som oftest ikke behov for annet samarbeid enn en koordinering av tjenestene til pasienten (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005). Dette samarbeidet kan likevel oppleves som utilstrekkelig i forhold til pasientens måloppnåelse og helhetlig forløp. Dette er noe som sykepleieren uttrykker:

«Jeg tror nok samarbeidet med hjemmetjenesten i forkant av hjemreise kunne vært bedre. Vi har også sagt at vi savner mer kommunikasjon med hjemmetjenesten på banen i forhold til disse pasientene, noen ganger så føler du man sitter med litt lite informasjon om hvordan de fungerer hjemme i forhold til hvordan de er hos oss.»

I intervjuet forteller sykepleieren at kommunikasjonen og samarbeidet mellom avdelingen og sykehuset har forandret seg. Her oppleves informasjonsflyten fra sykehusets praktiske organisering som tilstoppet. Avdelingen får heller ikke støtte fra sykehuset til den kliniske behandling, noe som de tidligere gjorde.

«Det er veldig mye som vi ikke får informasjon om, som vi bruker sykehuset til. Mangler vi et medikament her så får vi ikke låne på sykehuset lenger, vi må faktisk la være å gi pasienten medikamentet. Og det tenker jeg kan være litt uheldig med tanke på samhandlingsreformen. Egentlig skulle pasienten ha vært innlagt igjen, for vi kan ikke behandle dem her.»

Det er vanskelig å fastslå hvorfor det direkte samarbeidet med sykehuset oppfattes som dårligere etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. En mulig årsak kan være at kontakten mellom sykehus og sykehjem skal foregå via brukerkontoret. Som tidligere nevnt kan brukerkontoret bidra til et hensiktsmessig og forpliktende samarbeid mellom sykehus og kommune. Økonomi og sikkerhet kan også ha innvirkninger på et samarbeid. Kanskje er det nye kontrollrutiner ved sykehuset som gjør at de ikke kan gi medikamenter til sykehjemmet. Som en konsekvens, kan det virke som at dette går ut over den faglige forsvarlighet og pasientsikkerheten.

4.2 Kunnskap og Kompetanse

I samhandlingsreformen påpekes det at kunnskap og kompetanse av helsepersonell skal komme pasienten bedre til gode. For å oppnå dette peker man på helsepersonellet som den største og viktigste innsatsfaktoren. Tilgjengelige ressurser må benyttes i form av en kraftig **kompetanseheving** og **rekruttering** blant helsepersonell i den framtidige helse- og omsorgstjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

Samhandlingsreformen bruker her et faglig virkemiddel – som er nødvendig for å øke innsatsen innenfor kompetanse. Tiltak som veiledere, retningslinjer, prosedyrer og nasjonale kvalitetsindikatorer kan være velfungerende virkemidler. Utdanning og opplæring av helsepersonell skal medvirke til dette ved hjelp av kommunenes tilrettelegging (Helse- og Omsorgsdepartementet 2011).

I intervjuet med sykepleieren, kommer det frem at det er lagt opp til økte sykepleierstillinger. Dette blir i praksis gjennomført ved bruk av vikarbyrå som i hovedsak rekrutterer utenlandske sykepleiere:

«Det er et krav at det skal være sykepleier på døgnet rundt her. Sånn at vi har sykepleier på natt/dag/aften uansett. Men vi har lite faste og vi bruker mye vikarbyrå, så er de her en måned eller to, og så kommer det tre nye og så videre. Så det er veldig mye utskifting av kompetansen her da»

Kompetanse opparbeides gjennom et formelt utdanningssystem og videreutvikles i arbeidslivet. Utdanning er identitetsskapende, og kan gi den enkelte bedre evne til å forstå sammenhenger i samfunnet. Den fremtidige utdanningen vil i større grad vektlegge forløpstenkning, samhandlingskompetanse og brukermedvirkning (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009, Helse- og Omsorgsdepartementet 2011)

En økt dimensjonering for utdanning av helsepersonell vil sikre at Norge i mest mulig grad blir selvforsynt med eget helsepersonell, og at man får en rettferdig global fordeling av et kompetent helsepersonell (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009)

Videre forklarer sykepleieren at bakgrunnen for rekruttering av utenlandsk helsepersonell, er mangelen på lokale arbeidstakere. Dette kan sees i sammenheng med samhandlingsreformens utpekte hovedutfordringer som innebærer en *demografisk og epidemiologisk utvikling* i det norske samfunnet. Økt hjelpebehov fordrer også økte rekrutteringer av kompetent helsepersonell, noe som er en forutsetning for kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Det ligger altså et vesentlig nasjonalt behov for økt utdanning og rekruttering av helsepersonell for å sikre samhandlingsreformens mål (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

Kommunehelsetjenestens håndtering av økte hjelpebehov, rekruttering av helsepersonell, i takt med endret ansvar og oppgavefordeling, kan vise seg som en økt arbeidsbelastning for

sykepleierne. Ansvar for pasienter med et stadig mer omfattende hjelpebehov stiller også ekstra krav til samhandlingskompetanse hos sykepleieren (Orvik 2004). Sykepleieren beskriver sin egen arbeidssituasjon på følgende måte:

«Det er sikkert blitt mer arbeidsbelastning gradvis over tid, med tanke på at vi har mer av dem som er under behandling. Vi prøver jo å bemanne i forhold til ansvaret, men det fungerer ikke alltid i praksis. Du kan være uheldig å være alene sykepleier og det er tøft, mange ganger får du ikke gjort alt som du skal gjøre».

Det ligger mye god omsorg i organisering. Derfor er sykepleierne med på å sikre en kontinuitet og kvalitet i pasientomsorgen, ved blant annet å motivere sine medarbeidere til å følge opp både egne og andres behandlingstiltak. I tillegg til dette må sykepleieren kunne forstå og håndtere sykepleiers rammer, noe som omfatter både helseorganisasjonen som system, og den fortløpende organiseringen av pasientarbeidet, men også arbeidsbetingelsene for yrkesutøverne. Dette er substansielt i sykepleiekompetansen (Orvik 2004)

Hvis vi ser på sykepleierens opplevelse av arbeidsbelastning, er dette en klar motsetning til hva forskning kan fortelle oss. Det vitenskapelige studiet *Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter?* viser at sykepleierne i enkelte kommuner har respondert positivt på det økte ansvaret som følger av samhandlingsreformen. Sykere pasienter som krever mer behandling ved sykehjemmene gir muligheten til positiv faglig utvikling (Grimsmo 2013)

Sykepleieren sier også at flere av vikarene reagerer på mengden ansvar de får. Særlig på de vaktene hvor de ikke klarer å dekke minstekravet til antall sykepleiere, oppleves arbeidsbelastningen som uansvarlig. Hun forteller at *«det er mange som sier noe om det. Vi har faktisk hatt vikarer også fra vikarbyrået som har gått ned til ledelsen og levert nøkkelen og sagt at det ikke var blitt lovet å ha ansvar for så mye alene»*. Det kan være utfordrende å komme til en arbeidsplass som vikar dersom det ikke foreligger klare rutiner og prosedyrer, eller om de faste ansatte er usikre på bruk av utstyr.

Et godt samarbeid og samordningstiltak kan styrke sykepleierens forutsetninger for å mestre slike situasjoner. Mestringsevne innebærer menneskets evne til å lære, å bearbeide erfaringer og være under utvikling som menneske. Grunnlaget for mestringsevnen til den enkelte, bygger

blant annet på samspillet mellom biologisk arv og miljømessig påvirkning. Personligheten har også noe å si for evnen til å møte utfordringer og påkjenninger (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

På spørsmål om hvordan avdelingen har forberedt seg på medisinske oppgaver som krever bruk av nytt utstyr, uttrykker sykepleieren frustrasjon i form av manglende opplæring:

«Utstyret fikk ikke vi opplæring på når dette ble satt i gang. Vi har enda en hjertestarter som ingen har opplæring på, og vi mangler kontrollrutiner på enkelte apparater. De fleste av oss kan bruke alle, men da ved hjelp av bruksanvisningene».

Sykepleieren sier at i tillegg til opplæring, mangler det prosedyrer og retningslinjer ved avdelingen. Hun sier dette gjør at det er vanskelig å sette seg inn i arbeidet som må utføres, særlig for nyansatte. Hun sier at en mulig årsak er at avdelingen har hatt mange forskjellige avdelingsledere over de siste årene, og at den periodevis ikke har hatt leder.

En god opplæring av prosedyrer, rutiner og retningslinjer er en form for tilrettelegging av sykepleierens kompetansenivå. Når utfordringer viser seg i manglende opplæring, kan dette også ha konsekvenser for sykepleierens mestring av faglige kunnskaper (Orvik 2004).

Fagkunnskap er en vesentlig del av sykepleierens kompetanse. Dette er en form for sykepleiekunnskap som fokuserer både på pasient og fag. Sykepleiekunnskapen er i stor grad praktisk og knyttet til handling, som videre erverves gjennom erfaring og forskning. En slik sykepleieomsorg fordrer også mellommenneskelige ferdigheter basert på kommunikasjon og forståelse (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

På den måten sier sykepleieren oss noe om verdien av kompetanse og kunnskap for pasienten:

«Vi kan jo det i utgangspunktet. Men det er noe med tryggheten til pasienten, man har jo ikke lyst til å virke usikker overfor pasienten når man skal ta i bruk et nytt apparat som man ikke har fått opplæring i. Det er jo ikke trygt for pasienten heller. Det er jo noe med å vise litt kvalitet over det som er sykepleie».

Gode mellommenneskelige relasjoner er tradisjonelt vurdert som kjernen i sykepleieomsorgen, og kvaliteter i selve relasjonen kan bidra til å lindre pasientens lidelse, fremme helse, velvære

og rehabilitering. Dette har av erfaring en avgjørende betydning for kvaliteten av sykepleie. Det kan imidlertid være eksterne forhold som virker inn på samhandlingsrelasjoner i sykepleien. Særlig gjelder dette i form av ressursknapphet som for eksempel manglende kompetanse i bruk av medisinsk utstyr. Dette dreier seg om når den daglige kliniske virksomhet får konsekvenser for individuell pasientbehandling og omsorg (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005).

Sykepleieren opplever at kompetansen ved avdelingen er bedre nå enn den var før samhandlingsreformen ble innført. Det er naturlig med tanke på at de nå møter nye utfordringer. Samtidig får vi vite at ny kunnskap og kompetanse er noe de ansatte ved avdelingen har måttet tilegne seg selv siden det ikke drives kurs og opplæring. Dette mener hun kan gå på bekostning av kvalitetssikringen, og i verste fall gå ut over pasientsikkerheten. Sykepleieren sier imidlertid at hun føler at hun mestrer de nye utfordringene relativt bra, men uten kvalitetssikring gjennom fastsatte prosedyrer og rutiner, er det vanskelig å vite sikkert.

Samhandlingskompetanse er en forutsetning for å fylle en profesjonell sykepleierrolle når det gjelder å bygge relasjoner til pasienter og pårørende. Sykepleieren som innehar samhandlingskompetanse samarbeider også godt med egne kolleger og andre yrkesgrupper, sier. De koordinerer sykepleietiltak med andre behandlingstiltak og tjenester. De ordner opp når pasientene er klare for utskrivning fra sykehuset, og kommuniserer med hjemmetjenestene. Slike sykepleiere har også et engasjement for egen arbeidsplass og arbeid for en kontinuerlig forbedring av pasientomsorgen (Orvik 2004).

Sykepleieren forteller om et endret kompetansenivå blant personalet etter innføringen av samhandlingsreformen: *«Vi har en litt annen kompetanse på denne avdelingen enn det vi hadde tidligere. Der alt var mer stabilt, og færre legevisitter som ei langtidsavdeling krevde. Nå har vi masse mer forskjellig utstyr å hjelpe oss med også».*

Å være sykepleier, innebærer både å være et fagmenneske og medmenneske. Kliniske kunnskaper og mellommenneskelige ferdigheter er grunnlaget for å gi pasienter en kyndig og omsorgsfull hjelp. Omorganiseringer og endringsprosesser, som f. eks Samhandlingsreformen gir, påvirker pasientenes omsorgsbetingelser og arbeidsmiljøet blant sykepleiere. For å forstå endringer i sykepleierrollen må man forstå den nye virkeligheten i kommunehelsetjenesten og helseforetakene. Sykepleieren må mestre en organisatorisk rolle i tillegg til sin kliniske kunnskap for å lykkes i sin yrkesrolle. Dette betyr å forstå sin egen rolle i helseorganisasjonen

og organisasjonens plass i samfunnet. Det innebærer også å organisere eget og andres arbeid (Orvik 2004).

Dette fordrer en form for organisatorisk evne som innebærer to ulike typer kunnskap: *organisasjonskompetanse* og *organiseringskompetanse*. Den organisatoriske kompetansen kan ha stor betydning for sykepleierens evne til blant annet å ta i bruk samhandlingsreformens verdier og krav i sin praktiske arbeidshverdag, gjennom blant annet samhandling (Orvik 2004).

4.3 Pasientforløpet

I intervjuet kommer det frem at det i hovedsak er kronisk syke pasienter som blir innlagt på avdelingen. Hovedvekten av disse er eldre mennesker med flere kroniske diagnoser. Sykepleieren synes at pasientene ofte er sykere når de blir flyttet til sykehjemmet enn det de har vært tidligere. Diagnosene sykepleieren trekker frem som vanlige på avdelingen er: *frakturer, amputasjon, hjerteinfarkt, kognitiv svikt, hjerneslag, infeksjoner, kolsforverring, artrose, tap av funksjonsnivå, kroniske smerter, hjerte- kar og psykiatri*.

Dette stemmer godt overens med samhandlingsreformens utfordring som omhandler demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet. Den slår fast at den økte levealderen vil før til økt antall eldre pasienter, og at mange av disse vil ha en eller flere kroniske sykdommer (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

Samhandlingsreformen presenterer et hovedgrep som de kaller *Klarere pasientrolle*. En av målsetningene er tilrettelegging for økt brukermedvirkning samt, helhetlig pasientforløp og ansvar for egen helse gjennom empowerment. To viktige virkemidler for å få til god brukermedvirkning og sørge for et helhetlig pasientforløp er tilbud om individuell plan og en fast kontaktperson for de som har behov for koordinerte tjenester (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009). En individuell plan skal være enkel og oversiktlig, brukeren skal være med på å definere innhold og form. Innholdet kan bestå av mål, ressurser og behov, samt vurdering av de enkelte mål og tiltak (Bredland, Oddrun et al. 2011).

Sykepleieren forteller at når de tar imot nye pasienter utføres det en Barthel-Index for å kartlegge funksjonsnivået. Basert på kartleggingen settes det opp mål for oppholdet. De som trenger opptrening får utarbeidet treningsopplegg sammen med fysioterapeut.

Individuell plan blir sjeldent brukt. Sykepleieren sier at de kun har benyttet det et par ganger når de har hatt slagpasienter ved avdelingen. Da er det et kommunalt rehabiliteringsteam med slagsykepleier som har tatt ansvar for å utarbeide den individuelle planen i samarbeid med pasienten og sykehjemmet.

På spørsmål om individuell plan kunne vært benyttet i større grad svarer sykepleieren:

«Det spørs hvor omfattende det skal være og, siden det er korttidsavdeling her så er det jo det med å ikke gå for dypt i».

Pasientene får altså individuelt tilpasset behandlingstilbud, men de bruker ikke individuell plan, og de har ikke faste rutiner på å gå i dybden for å få en helhetlig oversikt over pasientens situasjon. Hun forteller videre at pårørende ofte brukes for å innhente informasjon om pasientens tidligere funksjonsnivå, men at de sjeldent brukes i planleggingen av videre behandling.

Dette står i kontrast til hva sykepleieteori forteller oss. Joyce Travelbee (2001) skriver om sykepleie som en mellommenneskelig prosess, og at det er sykepleierens oppgave å hjelpe et individ eller en familie til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Sykepleieren kan bistå ved å hjelpe pasienten med å opprettholde menneske-til-menneske forhold. Gjengedal (2007) fremhever også hvor viktig det er å inkludere pårørende, og han presiserer at dette er særlig viktig hos kronisk syke pasienter da deres sykdomstilstand kan påvirke hele familien i stor grad.

Dersom sykehjemmet konsekvent fokuserer på innleggelsesårsak, fremfor å gå i dybden, kan dette begrense muligheten for å yte helhetlig sykepleie. Dette strider mot målene i samhandlingsreformen. Brukermedvirkning krever at man tenker helhetlig, og samarbeider med pasienten og pårørende. Travelbee poengterer hvor viktig det er å se det unike mennesket, og få med seg likheter og ulikheter hos hver enkelt pasient. Hvordan sykepleieren oppfatter pasienten kan være med å påvirke pleien som blir gitt. Ikke å gi helhetlig pleie på grunn av ressursmangel, samsvarer ikke med Travelbees menneskesyn (Travelbee 2001).

Som vi var inne på tidligere i drøftingen kan hyppige forflytninger mellom ulike helseinstitusjoner føre til oppstykket pasientforløp (Grimsmo 2013). Sykepleieren beskriver et pasientforløp som for enkelte blir oppstykket og delt, med mange overflytninger i løpet av kort tid. Det hender at pasientene blir skrevet ut for tidlig, og da må de flyttes tilbake til sykehuset.

Noen av pasientene som blir skrevet ut til korttidsavdelingen, har ikke alltid et reelt rehabiliteringsbehov, og får dermed et unødvendig pleieopphold.

Grimsmo har sett de samme tendensene med oppstykkede pasientforløp. Han påpeker at for hver overflytning er det risiko for at viktig pasientinformasjon enten går tapt eller blir feilprioritert (Grimsmo 2013). Dersom vi ser dette i sammenheng med et brukerkontor som ikke fungerer optimalt, må man kunne si at enhver overflødig forflytning bør unngås.

Sykepleieren sier imidlertid at pasientene virker å være tilfredse med behandlingstilbudet de får ved sykehjemmet, og at de fleste som har behov for korttids plass etter sykehusopphold setter pris på å få det.

5.0 Avslutning

Vår problemstilling er: *Hvordan kan sykepleieren anvende samhandlingsreformens sentrale verdier og krav i sin yrkesutøvelse og relasjon til kroniske syke pasienter.* Vi har nå drøftet kommunehelsetjenestens håndtering av utskrivningsklare pasienter, i form av en ny kommunerolle, pasient- og sykepleierrolle. Samtidig sier vi også noe om samhandlingen mellom en koordinerende tjeneste (brukerkontoret) og helsetjenestene, og hvilke konsekvenser dette kan få for pasientforløpet. Kunnskap og kompetanse er en forutsetning for å oppnå et helhetlig pasienttilbud basert på blant annet brukermedvirkning. Økt ansvar og arbeidsbelastning har betydning for sykepleierens evne til mestring av utfordrende oppgaver. Dette kan påvirke relasjonen mellom pasient og sykepleier og berøre aspekter som trygghet og tillit, men også opplevelsen av kvalitet i sykepleie.

Hovedtrekkene i vår drøfting handler om at samhandlingsreformen byr på en del utfordringer for sykepleierens arbeidshverdag. Anvendelsen av samhandlingsreformens verdier og krav må derfor være i samsvar med sykepleiers fokus, innhold og funksjon. Dette innebærer blant annet en reflektert og etisk holdning overfor endringsprosessen. Sykepleieren trenger også å ha evne og kvaliteter innenfor fagkunnskap og kompetanse, knyttet til kommunikasjon og samhandling. Utfordrende arbeidssituasjoner som naturlig oppstår ved forandringer og omstruktureringer i et arbeidsmiljø, har også betydning for relasjonen og yrkesutøvelsen til det kronisk lidende mennesket. Det er gjennom mestringsevne at sykepleieren uttrykker tillit og trygghet, men også forutsigbarhet og kontinuitet for pasienten. Dette sikrer samhandlingsreformens mål for

helhetlig pasientforløp. For å oppnå en klarere pasientrolle som vektlegger brukermedvirkning, er det også nødvendig for sykepleieren å ivareta sin faglige forsvarlighet i form av et ansvar for koordinert pasienttilbud og samhandling med de involverte parter. Dette fordrer også en økt bevissthet overfor et individuelt tilpasset helsetilbud.

Gjennom oppgaven har vi fått kunnskap om hvordan sykepleieren vi intervjuet har håndtert innføringen av samhandlingsreformen på sin arbeidsplass, og på best mulig måte for pasienten. Vi kan oppsummere at sykepleieren har flere funksjoner som innebærer et ansvar for å utøve en profesjonell rolle. Sykepleieren må deriblant ha en samhandlingskompetanse med evne til kommunikasjon både på systemnivå men også i et mellommenneskelig perspektiv.

Vi opplever også at Travelbees sykepleieteori som er basert på samhandling i et mellommenneskelig forhold, har samsvar med samhandlingsreformens sentrale verdier og krav innenfor brukermedvirkning og helhetlig pasientforløp for kronisk syke.

Selv om samhandlingsreformens praktiske gjennomføring gir en god del utfordringer i arbeidshverdagen, er vi innstilt på at den har en god intensjon med pasienten i fokus. En må ta høyde for at gjennomføringen av en ny og annerledes reform, krever en lang og sammensatt prosess før at alle biter faller på plass. Ifølge Orvik (2004), innebærer en profesjonell holdning at sykepleieren har selvinnsikt, og at hun kan utvide sin kunnskap om problemområder og sitt reaksjonsmønster i ulike sammenhenger. For oss dreier dette seg om sykepleierens refleksjon over sin rolle i systemet, om det å være åpen for nye utfordringer og i beste evne leve opp til de verdier og krav som ligger i sykepleiefaget.

Litteraturliste

- Bredland, E. L., et al. (2011). Det handler om verdighet og deltakelse : verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, E., et al. (2009). Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2008). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Fjerstad, E. (2010). Frisk og kronisk syk : et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Gjengedal, E. og B. R. Hanestad (2007). Å leve med kronisk sykdom : en varig kursending. Oslo, Oslo : Cappelen akademisk forl.
- Grimsmo, A. (2013). "Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter?" Sykepleien Forskning 8(2): 150-157.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling- på rettsted - til rett tid. Hentet 14/08/2013, fra <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2011) Nasjonal Helse- og omsorgsplan. Hentet 14/08/2013, fra <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>.
- Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v av 1999-07-02 nr.64 Hentet 15/08/2013, fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>.
- Holte, H. H., et al. (2013) Utskrivning av pasienter med kronisk sykdom: effekt av ulike former for samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Kunnskapssenteret. Hentet 07/09/2013, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utskrivning-av-pasienter-med-kronisk-sykdom-effekt-av-ulike-former-for-samhandling-mellom-sykehus-og-kommunehelsetjeneste>.
- Kirkevold, M. (1998). Sykepleieteorier : analyse og evaluering. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Kristoffersen, K. (2006). Helsens sammenhenger: helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom. Oslo, Cappelen akademisk forl.
- Kristoffersen, N. J., et al. (2005). Grunnleggende sykepleie. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Kunnskapsbasertpraksis.no. Hentet 20/09, 2013, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>.
- Kunnskapssenteret.no. Hentet 14/10, 2013, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/mer-om-oss>.

Mæland, J. G. (2010). Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis. Oslo, Universitetsforl.

National Library of Medicine. Hentet 17/09, 2013, fra <http://nlm.nih.gov/mesh/introduction.html>.

Norsk Sykepleierforbund (2011) Ykesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler. Hentet 04/10/2013, fra https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.

Orvik, A. (2004). Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo, Cappelen akademisk forl.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 15/08/2013, fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>.

Shepperd, S., et al. (2013) Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews. Hentet 07/09/2013, fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub4/pdf>.

Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo, Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (2008). Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen, Fagbokforl.

Vedlegg

Intervjuguide

Formål med intervjuet:

Fra 01.01.12 ble Regjeringens omstrukturering av helsevesenet iverksatt ved hjelp av Samhandlingsreformen. I vårt Bachelorprosjekt ønsker vi å undersøke nærmere hvordan sykepleie til kronisk syke pasienter blir ivaretatt som en følge av reformen. Hensikten med dette intervjuet er å få en bredere forståelse av problemstillingen vår. Vi har derfor et ønske om å intervjuer en sykepleier som innehar erfaringskunnskap fra den tiden samhandlingsreformen ble innført, til hvordan den fungerer i dag. Målet vårt er å oppnå en spontan gjensidig dialog, slik at meningen bak svarene til informanten blir dypere. Nedenfor er noen eksempler på spørsmål som vi ønsker å bruke som en rettesnor for hva vi vil ha svar på.

Innledning:

- Kan du fortelle litt om hvordan denne avdelingen er organisert?

Pasientrollen:

- Kan du fortelle litt om hvilke pasientgrupper dere jobber med?

Ifølge Samhandlingsreformen er kronisk syke pasienter en stor del av den fremtidige utfordringen i helsevesenet. Dette kan være pasientgrupper med ulike sammensatte diagnoser som Kols, diabetes, hjerte-karsykdom, revmatiske lidelser og demens.

- Hvordan opplever du ivaretakelsen av kronisk syke pasienter etter Samhandlingsreformen?

Tertiærforebygging reduserer problemer som kan oppstå som en følge av en sykdom/skade.

- Hvordan jobber dere med forebyggende og rehabiliterende tiltak hos kronisk syke pasienter?
- Hvilket inntrykk har du av pasientenes opplevelse av Samhandlingsreformen?

Samhandling:

- Hvilke erfaringer har du med Samhandlingsreformen?
- Hva synes du har forandret seg siden Samhandlingsreformen ble iverksatt?

Sykepleierrollen:

- Kan du beskrive hvilke utfordringer sykepleieren kan stå ovenfor i sin arbeidshverdag, spesielt etter Samhandlingsreformens inntreden på avdelingen?
 - Tid til pasienten
 - Samarbeid med kolleger
 - Dokumentasjon
 - Materiell tilgjengelighet
 - Samarbeid på tvers av institusjonene

Eventuelt:

- Hvordan opplever du sykepleierens relasjon til de kronisk syke pasientene?
- På hvilken måte journalfører sykepleieren i denne avdelingen?
- Hvor mange sykepleierstillinger er det bevilget til denne avdelingen?
- Hvordan utreder dere pasientene som er på korttidsopphold?
- Hvor ofte er det legevisitt
- Hvordan legger avdelingen til rette for at sykepleieren kan veilede sine kolleger?
- Hvilke rutiner har blitt opprettet etter SHR for å sikre pasientforløpet?
- Hvordan jobber dere med Individuell Plan på avdelingen?
- Hvordan opplever du/dere pågangen av kronisk syke til avdelingen?
- Hvilke omstruktureringer har foregått innad i avdelingen siden iverksettelsen av SHR?
- Hvilken rolle har avdelingen i forhold til ambulante team i kommunen?
- Hvordan er samarbeidet med andre instanser organisert? (f.eks fysioterapeut, ergoterapeut, fastlege, Nav, Osv.)
- Hvordan opplever du den økonomiske ressursfordelingen til avdelingen? (f.eks helsepersonell/materieil)
- Hvordan opplever du kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten?
- Vet du hvordan dagens TKT-system er organisert på denne avdelingen, mtp felles journalføring?



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til:

Avdeling / Institusjon

Ved:

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student:

Bachelor i sykepleie: Kull: 2010 Studiested: UNIVERSITETET I NORDLAND

Videreutdanning, linje:

Kull:

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: Å undersøke hvordan
hvorfor sykepleier til kronisk syke pasienter
blir ivare tatt som en følge av samhandlings-
reformene. Hensikten er å få en bedre forståelse
av problemstillingen.

"Hvordan kan sykepleieren implementere
samhandlingsreformens verdier og krav
i sin relasjon til kronisk syke pasienter."

Metode / datainnsamlingen: Kvalitativt intervju

Respondenter / intervjupersoner: Sykepleier med erfaringkunnskap

Hjelpemidler til bruk i / datasamlingen: _____

Spørsmål/notater
Taleopptak

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: 12.09.13 kl. 11.30 - 12.30

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: 11.09.13

Til

Student: [REDACTED]

Faglærer: [REDACTED]

Høgskole: UNIVERSITETET I NORDLAND

Adresse: [REDACTED]

Postnr. / poststed: [REDACTED]

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

[REDACTED]
Underskrift

Underskrift